



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



ORIGINAL

Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco

Verónica Tíscar-González^{a,*}, Denise Gastaldo^b, Maria Teresa Moreno-Casbas^{c,d}, Elizabeth Peter^{b,e}, Ascensión Rodríguez-Molinuevo^a y Montserrat Gea-Sánchez^{d,f,g}

^a Unidad de Docencia e Investigación de Enfermería de la OSI Bilbao-Basurto, Servicio Vasco de Salud (Osakidetza), Bilbao, Vizcaya, España

^b Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto, Toronto, Canadá

^c Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^d Centro de Investigación Biomédica en Red en Fragilidad y Envejecimiento Saludable (CIBERFES), Madrid, España

^e Joint Centre for Bioethics, University of Toronto, Toronto, Canadá

^f Grup d'Estudis sobre Societat, Salut, Educació i Cultura (GESEC), Facultat de Enfermeria y Fisioteràpia, Universitat de Lleida, Lleida, España

^g Grup de Recerca en Cures de la Salut (GRECS), Instituto de Investigación Biomédica de Lleida, Lleida, España

Recibido el 10 de mayo de 2017; aceptado el 31 de diciembre de 2017

PALABRAS CLAVE

Reanimación cardiopulmonar;
Investigación cualitativa;
Familia;
Bioética

Resumen

Objetivo: Explorar la percepción acerca de la presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar (RCP) en pacientes adultos, de los propios pacientes y familiares, enfermeras y médicos.

Diseño: Se desarrolló un estudio cualitativo exploratorio y un análisis temático.

Emplazamiento: Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Servicio de Emergencias del Servicio Vasco de Salud.

Participantes: La selección de los participantes se realizó a través de muestreo intencional. Se desarrollaron 4 grupos de discusión: uno de pacientes y familiares, 2 de enfermeras y uno de médicos.

Método: Se realizó un análisis temático. Se utilizaron técnicas de triangulación entre investigadores e investigador-informante. Se utilizó el programa informático Open Code 4.1.

Resultados: Se identificaron 3 categorías significativas: impacto de la actuación en la familia; peso de la responsabilidad ética y legal; poder, lugar donde sucede la parada y supuestos culturales.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: veronica.tiscargonzalez@osakidetza.eus (V. Tíscar-González).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.12.002>

0212-6567/© 2018 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: Tíscar-González V, et al. Presencia de familiares durante la reanimación cardiopulmonar: perspectivas de pacientes, familiares y profesionales de la salud en el País Vasco. Aten Primaria. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.12.002>

KEYWORDS

Cardiopulmonary
resuscitation;
Qualitative research;
Family;
Bioethics

Conclusiones: La RCP es un constructo social influido por los valores de los contextos socioculturales específicos. En este estudio, los pacientes y familiares describieron temor y resistencia a presenciar la RCP. Por su parte, los profesionales sanitarios consideran que su decisión reviste complejidad, siendo necesario valorar cada caso de forma independiente e integrando a pacientes y familiares en la toma de decisiones. Como líneas de investigación futuras sería recomendable profundizar sobre la experiencia subjetiva de familiares que hayan presenciado la RCP y el impacto de los elementos contextuales y socioculturales en sus percepciones.

© 2018 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Presence of relatives during cardiopulmonary resuscitation: Perspectives of health professionals, patients and family in the Basque Country

Abstract

Objective: To determine the perception of nurses, doctors, patients and family or relatives being present during cardiopulmonary resuscitation (CPR) in adult patients.

Design: A qualitative exploratory study and thematic analysis were developed.

Site: Primary Care, Hospital Care and Emergency Service of the Basque Health Service.

Participants: The selection of the participants was made through intentional sampling. Four focus groups were developed: one of patients and family, 2 of nurses, and one of physicians.

Method: Thematic analysis was performed. Triangulation techniques were used between investigators and investigator-participant member. The Open code 4.1 statistics software was used.

Results: Three significant categories were identified: the impact on the family; the weight of ethical and legal responsibility; power, place of death, and cultural assumptions.

Conclusions: CPR is a social construct influenced by values which are situated in specific socio-cultural contexts. In this study, patients and family members describe the fear and resistance to being present during CPR. Health professionals consider that their decision is complex, and each case must be assessed independently, and patients and relatives must be integrated into decision-making. Future research should explore in greater depth the subjective experience of relatives who have witnessed CPR and the impact of contextual and sociocultural elements from the perspectives of relatives.

© 2018 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Organizaciones internacionales, como el Consejo Europeo de Reanimación Cardiopulmonar¹, manifiestan el derecho de la familia a estar presente durante las maniobras de RCP y enfatizan la toma de decisiones conjunta entre personal de salud y familiares, sin que estos últimos ejerzan ningún tipo de presión sobre las decisiones^{2,3}. Sin embargo, investigaciones desarrolladas en diversos países reflejan que los profesionales presentan cierto escepticismo a su puesta en práctica^{4,5} y que no se trata de una técnica extendida⁶. El Consejo Europeo de Reanimación alertaba en el año 2015 de que en menos de la mitad de los países europeos se permite habitualmente a los familiares estar presentes durante la reanimación cardiopulmonar (RCP)⁷.

En el País Vasco, la Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida, refuerza el valor de la autonomía personal y resalta el derecho del paciente a recibir información clínica y a la toma de decisiones que se recogen en el documento de «voluntades anticipadas», que debe ser respetado por los profesionales⁸. Sin embargo, no existe una normativa clara sobre la RCP presenciada en nuestro país.

Los escasos estudios que abordan dicha temática se centran sobre todo en el paciente pediátrico, tratando la RCP dentro de otros procedimientos invasivos, y es motivo de controversia entre los profesionales de la salud^{5,9}. En el paciente adulto, un estudio observacional consideraba que se debería facilitar la presencia de familiares durante la RCP en el domicilio¹⁰.

Dada su transcendencia desde el punto de vista bioético y legal, y ante la escasez de investigación sobre la temática en nuestro contexto, el objetivo de este estudio es explorar la percepción de los propios pacientes y familiares, enfermeras y médicos, acerca de la presencia de familiares durante la RCP en pacientes adultos.

Participantes y métodos

Diseño

Se desarrolló un estudio cualitativo exploratorio.

Muestra, participantes y contexto

La selección de los participantes se realizó a través de muestreo intencional¹¹, invitando a participar a pacientes, familiares y profesionales de distintas organizaciones (Atención Primaria, Extrahospitalaria y Hospitalaria) de las 3 provincias del Sistema de Salud Público de la Comunidad Autónoma Vasca (Osakidetza).

El primer mecanismo de captación fue a través de listados facilitados por gestores sanitarios y asociaciones de pacientes, y también con la técnica en bola de nieve ante la dificultad de captar pacientes y familiares para la organización del grupo de discusión¹². Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con diferentes niveles de estudios y que tuviesen antecedentes de insuficiencia cardiaca grave y/o supervivientes a una parada y familiares de pacientes que cumplieran dichas condiciones. Los profesionales se distribuyeron en grupos homogéneos de médicos y enfermeras, buscando la heterogeneidad intragrupo¹¹ con base en la experiencia laboral, el género y el ámbito asistencial.

Se desarrollaron 4 grupos de discusión: uno de pacientes y familiares, 2 de enfermeras y otro de médicos, hasta alcanzar la saturación de las principales categorías analíticas. Las características de la muestra se describen en la [tabla 1](#). El guión de temas a tratar fue generado mediante revisión bibliográfica contrastada por 2 expertos en metodología cualitativa del grupo de investigación y 2 expertos en RCP externos, y se expone en la [tabla 2](#).

Se obtuvo el informe favorable del CEIC Euskadi con código PI2015132. Los grupos de discusión se desarrollaron entre octubre de 2015 y marzo de 2016. Se grabaron, registraron y transcribieron previo consentimiento informado escrito de los participantes. Durante la grabación fueron identificados bajo pseudónimo, destruyendo las grabaciones tras su transcripción literal. Se estableció entre los participantes el compromiso de confidencialidad y voluntariedad de participación.

Los informes de campo elaborados se integraron a las transcripciones para obtener una «visión de conjunto»¹³. La reflexividad se utilizó a lo largo del estudio. Los investigadores examinaron sus propios valores sobre la temática para asegurarse de que presentaban auténticamente las percepciones de los participantes.

Análisis

Se realizó el análisis temático de las transcripciones y notas de campo, identificándose unidades de significado y asignando códigos que se agruparon en categorías¹⁴. Se utilizó el software Open Code 4.1. Se realizó triangulación entre investigadores (2 investigadores leyeron y analizaron las transcripciones y las categorías finales fueron consensuadas entre todo el equipo) y una verificación investigador-informante para garantizar que el análisis realizado respetaba sus ideas.

Resultados y discusión

Se identificaron 3 categorías significativas: impacto de la actuación en la familia; peso de la responsabilidad ética

y legal; poder, lugar donde sucede la parada y supuestos culturales.

Impacto de la actuación en la familia

Los pacientes y familiares consideran que presenciar las maniobras de reanimación podría aumentar el sufrimiento de los familiares, a pesar de que la mayoría de ellos nunca hayan observado una RCP como familiar.

María, familiar GD4, compartía su experiencia cuando su madre sufrió una parada y fue la primera interviniente hasta llegar los servicios de emergencias.

«Es mejor que la familia no esté, y lo que pasó a mi madre, cada vez que oía el desfibrilador en su casa, era ponerme de los nervios, era llorar».

Los profesionales sanitarios manifestaron sentimientos encontrados. Por un lado, mostraron preocupación por la posibilidad de que los familiares puedan ver procedimientos invasivos que causen más trauma psicológico, lo que coincide con los hallazgos de otros autores¹⁵⁻¹⁷.

“«La última parada que he tenido, ha habido que abrir al paciente [...]» (Nagore, enfermera GD1).

Por otro lado, Nahia, enfermera del GD2, relataba una RCP que realizó en el centro de salud en presencia del hijo del paciente.

«Vino la UTE, y ya no pudimos hacer nada [...] él había visto que habíamos hecho todo lo posible por su padre».

Los profesionales consideran que observar cómo se realizan los esfuerzos necesarios por mantener con vida a su ser querido podría ser beneficioso para los familiares, lo que concuerda con lo reportado en investigaciones previas, en las que los familiares tuvieron una mejor aceptación del duelo¹⁷.

«Lo que sí creo es que a la persona se le tendría que acompañar, tener ahí un pequeño apoyo psicológico para ese primer momento de tanta tensión» (Jorge, paciente GD4).

Todos los participantes coincidieron en la necesidad de que un profesional acompañe a los familiares durante las maniobras, explicándoles el proceso y apoyándolos^{15,18-21}, con el fin de evitar sentimientos de confusión que podrían hacer de la presencia de las maniobras una vivencia traumática^{17,22} ([tabla 3](#)).

Peso de la responsabilidad ética y legal

Existe miedo de los profesionales a que la familia considere que la muerte del paciente es consecuencia de una mala actuación.

«Puede quedarse la familia con la sensación de que no se ha hecho suficiente, que se ha perdido el tiempo, no ha habido coordinación, que se ha muerto por tu culpa» (Nagore, enfermera GD1).

Algunas enfermeras expresaron miedo a que se malinterpretasen las acciones o palabras de los profesionales²³, o que

Tabla 1 Características sociodemográficas de las personas participantes en los grupos de discusión

Grupos de discusión	Número de participantes	Rango de edad	Tipo de contrato	Nivel de estudios	Género	Servicio
GD1- Enfermeros	7	31-50	5 fijos 2 eventuales	7 diplomados-grado Enfermería 1 licenciada en Antropología 1 licenciada en Psicología 2 máster	5 mujeres 2 hombres	1 docencia e investigación 1 gestión y amplia experiencia en Unidad de Cardiología 1 AP 1 retén AH 1 Medicina Interna 1 consultas externas Comisión de Bioética 1 Unidad Coronaria
GD2- Enfermeros	6	28-48	5 fijos 1 eventual	3 máster 6 diplomados-grado	5 mujeres 1 hombre	1 AP y amplia experiencia en críticos 1 liberación sindical y experiencia en AH y AP 2 Servicio Cardiología AH 1 experiencia extrahospitalaria (UTE) 1 Medicina Digestiva
GD3-Médicos	5	48-58	5 fijos	5 licenciados en Medicina 5 máster	3 hombres 2 mujeres	1 AP. Punto de Atención Continuada y experiencia en UTE y Servicio de Urgencias 1 AP 1 AP y docencia 1 Cardiología AH 1 anestesta, Comisión de Bioética
GD 4-Pacientes/ familiares	8 (2 familiares y 6 pacientes)	42-77		<i>Profesión</i> 1 licenciado Derecho Económico 1 estudios básicos 1 maestro taller 1 ama de casa 1 administrativo 1 auxiliar Enfermería 1 cocinero 1 taxista	6 hombres 2 mujeres	

consideren que ha existido una mala actuación del equipo, lo que denota inseguridad en la realización de las maniobras¹⁵.

Los profesionales generalmente no se plantean la posibilidad de una RCP presenciada. Irantxu, enfermera GD1, reflexionaba sobre una «situación ideal»:

«En una situación de control absoluto de técnica, de preparación, y si el familiar quiere... creo que por sistema no, plantárselo por sistema tampoco».

Sentir que se tiene el «control de la situación» es un elemento necesario para valorar la posibilidad de la RCP presenciada. Consideran que la formación, la confianza en las habilidades y los conocimientos de los propios profesionales, así como la coordinación del equipo son aspectos necesarios para favorecer su práctica¹⁵.

Otro aspecto destacado tanto por algunas enfermeras como por los propios pacientes es el hecho de que los familiares pudieran interferir en las maniobras.

Tabla 2 Temas a tratar en los grupos de discusión

Experiencias pasadas de los profesionales/familiares/pacientes en relación con el fenómeno a estudio
Percepciones subjetivas de los pacientes/familiares/profesionales acerca de la presencia de familiares durante la RCP
Posibles beneficios y perjuicios que presenta la RCP presenciada para los familiares
Posibles beneficios y perjuicios que presenta la RCP presenciada para los profesionales
-Factores que pueden influir en el desarrollo de una RCP presenciada

«Creo que es mejor que dejen hacer, podrían entorpecer lo único». (Eduardo, paciente GD4).

Diversos estudios coinciden en el miedo de los profesionales a que la presencia de familiares dificulte el desarrollo de las maniobras^{5,24}. Sin embargo, Igone, enfermera GD2, comentaba:

«Con la experiencia que tengo, en los domicilios no se les ha echado, ellos se han ido para atrás».

Los profesionales con experiencia previa en RCP presenciada consideraban que son los propios familiares quienes abandonan voluntariamente la escena, tal y como aportaban profesionales del Servicio de Emergencias participantes

en un estudio observacional en el País Vasco¹⁰. La mayoría reconocieron que la presencia de familiares aumenta la presión del equipo en el caso de pacientes no reanimables, llegando a simular las maniobras («slow code»).

Ane, médico del GD3, comentaba:

«Muchas veces entras y haces el *paripé* (teatro), porque según lo ves, ves la historia, y dices, este va a *casar* (morir)».

En la literatura existen ejemplos de como la RCP presenciada influye en las decisiones de los profesionales. En el estudio desarrollado por De la Flor Magdaleno et al., el 54% de los médicos de emergencias reconocían que resulta más complejo suspender las maniobras de RCP cuando la familia está presente¹⁰, algo reportado también por estudios realizados en el ámbito internacional²⁵. Contrasta con estudios como el desarrollado en Canadá por McClement et al., que consideraba que la presencia de familiares facilitaba la aceptación de la interrupción de las maniobras¹⁵.

Por otro lado, Nahia, enfermera GD2, reflexionaba acerca de la dificultad de explicar a los familiares que no se van a iniciar las maniobras:

«Me imagino el que tiene constancia de que no es reanimable, porque está marcado en la historia, te sentirías como que le tienes que explicar “no voy a reanimar porque...” tendrías como que justificar que no has hecho algo que la gente espera que tú hagas».

La realización del «slow code» en pacientes no reanimables deja al descubierto la falta de habilidades de

Tabla 3 Citas textuales para cada categoría y subcategoría de contenido. Unidad temática: Impacto de la actuación en la familia

Pacientes y familiares consideran que presenciar las maniobras puede ahondar en el sufrimiento de la familia	«El espectador, el espectador por desconocimiento, yo, por la cara que tenía mi pobre mujer cuando le avisé, claro tú vas con miedo, no transmites la seguridad habitual, entonces, pues la pobre mujer estaba perdida». Jorge, paciente GD4
Los profesionales sanitarios consideran que ver que se «ha hecho todo lo posible» puede ser positivo para la familia	«Dicen que si las personas están presentes, pues que si ese familiar se muere que luego llevan mejor el duelo». Rebeca, médico GD3
Necesidad de un profesional que acompañe y apoye a los familiares	<p>«Sí que es verdad que en nuestro caso pasa que a lo mejor han pasado dos horas y no ha salido nadie a decir a la familia qué se le está haciendo, o qué está pasando, y la familia, en esos momentos la angustia tiene que ser terrible». Nube, enfermera GD1</p> <p>«Igual pues otra persona del equipo que no entra en lo que sería controlar la situación, igual me vale más que esté con ese familiar dando un apoyo emocional, ya verás, tal, están haciendo todo [...] es que el paciente tiene un entorno también, que tenemos que cuidar, bueno, yo es mi paradigma, entonces pues también se quedan un poco desangelados, y más si está solo una persona». Miren, enfermera GD2</p> <p>«Sí, el no dejarle tirada a la otra persona, que fuera le pueda atender otra persona, una enfermera, o un personal sanitario que le apoye, que le ayude, le pregunte, le atienda, la acompañe un poco». Eduardo, paciente GD4</p>

Tabla 4 Citas textuales para cada categoría y subcategoría de contenido. Unidad temática: Peso de la responsabilidad ética y legal

Miedo a que la familia piense que el desenlace ha sido consecuencia de una mala actuación del equipo	«Creo que muchas veces lo que queremos es que no nos vean lo mal que lo hacemos, porque si yo tengo seguridad en lo que hago [...]». Aitor, enfermero GD2 «Una simple frase que digas se les queda grabado para todo la vida [...] me dice “viene el médico”, y digo “qué va, si estaba cenando”. Solo con eso, “cómo que el médico estaba cenando”, y se ha muerto, después de que has hecho todo, solo se quedan con la frase de que el médico estaba cenando. Yo, puerta cerrada. Información, sí, pero puerta cerrada». Nagore, enfermera GD1
Miedo a que los familiares interrumpen las maniobras	«También podría interrumpir mucho». Nagore, enfermera GD1
Necesidad de una situación ideal y de control para plantearse la opción de la RCP presenciada	«A mí, como enfermera si el equipo funciona bien, a mí no me molestaría que estuviese un familiar [...]». Miren, enfermera GD2 «De todas maneras yo creo que tiene que haber un rodaje sobre unas RCP mejor controladas, como mejor coordinadas... Porque, imagínate que están reanimando a un familiar tuyo y hay un desquiciado, una desquiciada que está chillando, ves que se cae el material, ves que [...]. Y puede pasar [...]». Idoia, enfermera GD2
Aumento de la presión de los profesionales e influencia en las decisiones en pacientes no reanimables («slow code»)	«Sí, pero fue el teatrillo de [...], y al final se muere. Claro, el tema es, si me ven, pudo el más el tener que hacer algo para que sus familiares [...]». Ane, enfermera GD2 «Te sientes responsable, eres médico o eres enfermero y te ves obligado, porque igual dices: a mí el día que me pare yo, a mí que no me reanime nadie, pero cuando estás enfrente y te están mirando [...]». Aitor, enfermero GD2

comunicación de los profesionales en situaciones complejas de vida y muerte^{26,27} y el miedo a posibles reclamaciones^{15,28}. Existe controversia sobre su práctica. Algunos autores lo consideran una práctica engañosa, fundamentada en una medicina paternalista²⁷ en la que se priva a la familia de tomar alguna decisión, entrando en conflicto con los códigos éticos^{26,27} (tabla 4).

Poder, lugar donde sucede la parada y supuestos culturales

Los profesionales consideran que en el ámbito hospitalario no se favorece la presencia de la familia.

«Es difícil permitir a los familiares que vean la reanimación si les echamos de la habitación para sacar sangre» (Aitor, enfermero GD2).

Los discursos profesionales muestran la existencia de una cultura de poder en el ámbito hospitalario que dificulta por sistema la presencia de familiares, incluso en la realización de otros procedimientos, lo que coincide con autores como Gamell Fullá et al.⁵.

Los profesionales describieron el hospital como un contexto de «poder», donde el control está en manos de los sanitarios.

«Nuestra forma de trabajar, estamos acostumbrados a ese medio controlado, controlado por nosotros». (Miren, enfermera GD2).

La descripción de la cultura de «poder» de las instituciones sanitarias no es un concepto nuevo. Parsons describía el ámbito hospitalario como un «subsistema social»²⁹, en el que se ejerce el control social a través de una serie de normas, comportamientos y roles socialmente aceptados por todos los individuos³⁰.

Ane, enfermera GD2, comentaba como en el medio hospitalario la falta de espacio físico es otra barrera:

«La infraestructura de las plantas de la habitación, al final dices, familia fuera porque no hay sitio»

Lejos de un cuidado centrado en la persona, aún quedan residuos en nuestra práctica clínica de una medicina biologicista centrada principalmente en la técnica³¹. Las estructuras arquitectónicas hospitalarias no están diseñadas en pro del cuidado holístico del paciente y su familia. Chocarro González et al.³² hacían referencia a la necesidad de proporcionar espacios arquitectónicos en los hospitales de agudos que faciliten el acompañamiento de la muerte. Los profesionales de nuestro estudio comentaban como la falta de espacio físico dificulta per se la posibilidad de una RCP presenciada.

Por el contrario, cuando la parada sucede en otros ámbitos asistenciales, el sentimiento de poder de los profesionales varía. Los profesionales que trabajan en Emergencias y Atención Primaria contaron distintas experiencias.

«Cuando tú vas a casa del paciente, siempre juegas fuera, tú eres el visitante» (Miguel, médico GD3).

Liaschenko describía en su estudio como los profesionales sentían que en el domicilio del paciente estaban en «su territorio» y eran tan solo «invitados en su casa»³³. Peter relataba a su vez como el lugar influye en la autoridad³⁴ y en el reparto de poder. Así, fuera de las rígidas estructuras sociales hospitalarias, la familia tendría más posibilidades de poder decidir.

Por otro lado, tanto médicos como enfermeras señalaron la existencia de un contexto sociocultural que no favorece la RCP presenciada. Coincide con la percepción de pacientes y familia que temen estar presentes durante la RCP de un ser querido.

«Salen de las habitaciones, pero la mayoría de las veces lo piden los familiares [...] para la gente no

es agradable, no están acostumbrados». (Ane, médico GD3).

Demuestra una diferente actitud ante la enfermedad y la muerte³⁵, que difiere de la que se encuentra en países como Canadá o EE. UU.^{15,36,37}, donde la población considera su derecho a presenciar la RCP.

Dicho contexto sociocultural influye también en la actuación de algunos sanitarios. Kepa, médico GD3, compartía la experiencia que vivió en la muerte de su padre, cuando se le impidió estar a su lado en los últimos momentos.

«¿No crees que hay una actitud, por defecto, de que automáticamente cuando está el momento próximo se tiende a sacar a la familia? Tengo una experiencia súper desagradable con mi padre. A mí me echaron de la muerte

Tabla 5 Citas textuales para cada categoría y subcategoría de contenido. Unidad temática: poder, lugar donde sucede la parada y supuestos culturales

El hospital se define como un subsistema social en el que el poder está en manos de los profesionales y se impide la presencia de la familia en casi cualquier procedimiento	«“Salga”, ¿pero qué le va a hacer?, si le va a tomar la tensión, le va a poner el termómetro, o sea, me parece que son cosas que tienen que ver [...]». Médico GD3 «En el hospital es al revés, o sea, haces, esto de poder, y es enseguida “salga”». Miguel, médico GD3
La infraestructura arquitectónica de los hospitales no favorece la RCP presenciada. La falta de espacio físico dificulta per se la RCP presenciada. Sucede lo mismo cuando la PCR ocurre en el centro de salud	«Diferenciaría, alguna vez que me ha pasado en el domicilio y tal, no tengo mala [...] bien, en cambio, en el centro de salud no entran en la sala, yo creo que porque no hay sitio, entonces la verdad es que no [...]». Javi, médico GD3 «En un cuarto cerrado, donde no cabe ni el carro de paradas, tienes que sacar la cama que está chocando con la cama de la otra, entonces [...]». Idoia, enfermera GD2
Cuando la PCR sucede en la calle o en el domicilio del paciente los profesionales ceden poder de decisión a la familia. Fuera del hospital la RCP presenciada se considera más natural	«Cómo vas a ir al domicilio y dices que salgan fuera? No me parece». Javi, médico GD3 «Una vez estaba en la Plaza [...], era un atropello, y cuando levanté la cabeza, llevaba un cuarto de hora en el suelo, que no me di cuenta, o sea, igual había diez persona a mi alrededor, y no me había, o sea, ni los oía, porque es que estás con el [...]. Es como, lo que yo digo, es trabajo, o sea, y suena muy así, pero esto funciona, tiene que ser una cosa mecánica, entonces, como es trabajo, estás con las orejeras, y estás a lo tuyo. Entonces, cuando levantes de repente dices “ostras, ¿y esta gente de dónde ha salido?”, es que a mí me ha pasado siempre que he estado en la calle». Miguel, médico GD3
Contexto sociocultural de negación de la muerte que dificulta la presencia de familiares durante la RCP	«Es cultural, yo estoy diciendo que no cuestionaría, que si alguien lo quiere ver, que habría que valorarlo, yo soy la primera que no quisiera estar, yo soy la primera que para cualquier cosa me salgo, y no quiero interrumpir, porque pienso que al profesional le puede cohibir». Itziar, enfermera GD1 «Si te tienen que poner o quitar, ellos no lo van a entender. El que sabe son los que están atendiendo, la familia no pinta nada». Luis, paciente GD4
Los profesionales sanitarios consideran que lo más correcto sería valorar cada situación de forma independiente y brindar la oportunidad a los familiares de poder decidir	«En el hospital depende de cada caso, depende de cada familia». Javi, médico GD3 «Que la generalidad fuera poderlo presenciar, a no ser que no hay espacio físico, o no puedas hacer una buena RCP porque, pues eso, están desquiciados, el caso que has contado tú, están desquiciados y uf, pero, por defecto poder elegir, que no se le da a nadie la opción de elegir». Nahia, enfermera GD2

del *aita* (significa «padre» en euskera). Era evidente que se estaba muriendo, y justo cuando se muere me vienen y me sacan».

Algunos profesionales sanitarios, influidos por el contexto sociocultural, participarían en la negación social de la muerte³², en su afán de proteger a los familiares de presenciar la muerte de un ser querido.

Rebeca, médico GD3, reflexionaba sobre la complejidad de la decisión y cuál sería la mejor actuación.

«Seguramente *la derecha* (lo adecuado) sería no decir nada a la familia y que hagan lo que quieran, que si quieren quedarse, se queden».

La mayoría de los profesionales sanitarios coincidieron en que se debería valorar cada situación de forma independiente¹⁷, y que lo ideal sería brindar a los familiares la oportunidad de estar presentes, siendo estos quienes tomen finalmente la decisión, lo que coincide con lo reportado por la literatura^{10,21,25,37-39} (tabla 5).

Una de las posibles limitaciones de este estudio es que dado el carácter exploratorio del mismo y que las RCP se pueden producir en cualquier contexto, se incluyó a profesionales de distintos servicios y ámbitos asistenciales. Futuros estudios podrían centrarse exclusivamente en profesionales de cuidados intensivos, urgencias y emergencias por ser los que tienen un conocimiento más profundo del proceso de RCP.

Conclusiones

La RCP es un constructo social influido por valores y percepciones situados en contextos socioculturales específicos. En este estudio, los pacientes y familiares describieron temor y resistencia a presenciar la RCP en pacientes adultos. Por su parte, los profesionales sanitarios de Osakidetza consideran que es una práctica poco habitual y que su decisión reviste complejidad, siendo necesario valorar cada caso de forma independiente. Además, proponen facilitar, en la medida de lo posible, la toma de decisiones de forma compartida e informada.

El lugar en el que sucede la parada es un componente contextual que condiciona per se la posibilidad de desarrollar una RCP presenciada. Al contrario de lo que sucede en el ámbito hospitalario, considerado como un «subsistema social», el domicilio y la calle emergen como facilitadores de la presencia de familiares durante la RCP. La formación de los profesionales sanitarios debe tener en cuenta los aspectos contextuales, las relaciones de poder y cuestiones bioético-legales, así como la comunicación en situaciones extremas.

Este estudio recoge la percepción de pacientes, familiares, enfermeras y médicos. Por ello, puede servir de referencia para el desarrollo de investigaciones y políticas sanitarias que apoyen cuidados holísticos al paciente y familiares, respetando los principios bioéticos.

Como líneas de investigación futuras, sería recomendable profundizar sobre la experiencia subjetiva de familiares que hayan presenciado la RCP y el impacto de los elementos contextuales y socioculturales en sus percepciones.

Lo conocido sobre el tema

A pesar de que diferentes organizaciones internacionales aconsejan la RCP presenciada en el paciente adulto, no es una práctica extendida en nuestro contexto.

Qué aporta este estudio

El lugar donde sucede la parada cardiorrespiratoria condiciona la posibilidad de desarrollar la RCP presenciada. El domicilio y la calle son facilitadores de dicha práctica.

Pacientes y familiares rechazan en general la posibilidad de presenciar las maniobras, en un contexto sociocultural de negación de la enfermedad y la muerte, y ello dificulta la RCP presenciada.

La falta de legislación que delimite un marco de acción y el déficit de formación en aspectos ético-legales de los profesionales pueden conllevar la simulación de la RCP («slow code») en pacientes no reanimables si la familia está presente.

Este estudio recoge la opinión de pacientes, familiares y profesionales de la salud, y puede ayudar al desarrollo de políticas sanitarias que apoyen la práctica de la RCP presenciada.

Fuente de financiación

Este estudio ha sido financiado por la OSI Bilbao-Basurto. Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias (BIOEF)-Proyecto OSIBB15.

Financiación M-BAE 2016 (BA16/00045) para la realización de una estancia de investigación de la IP en la Universidad de Toronto.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todos los participantes por su colaboración, imprescindible para el desarrollo del estudio, especialmente a la Asociación de Enfermos y Transplantados de Corazón y Pulmón de Euskadi (ATCORE).

A los doctores Joan Blanco y Erica Briones por su apoyo en este proyecto.

Bibliografía

1. Lippert FK, Raffay V, Georgiou M, Steen PA, Bossaert L. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation*. 2010;81:1445–51.
2. Emergency Nurses Association. Presenting the option for family presence. Park Ridge, IL: Emergency Nurses Association; 1995.

3. American Association of Critical-Care Nurses practice alert. Family presence during resuscitation and invasive procedures [consultado 1 Mar 2017]. Disponible en: <http://ccn.aacnjournals.org/content/36/1/e11.full.pdf+html>
4. Colbert JA, Adler JN. Family presence during cardiopulmonary resuscitation- Polling results. *N Engl J Med*. 2013;368:e38.
5. Gamell Fullá A, Corniero Alonso P, Parra Cotanda C, Trenchs Sainz de la Maza V, Luaces Cubells C. ¿Están presentes los padres durante los procedimientos invasivos? Estudio en 32 hospitales de España. *An Pediatr*. 2010;72:243-9.
6. Kantrowitz-Gordon I, Bennett D, Wise Stauffer D, Champ-Gibson E, Fitzgerald C, Corbett C. Facilitated family presence at resuscitation: Effectiveness of a nursing student toolkit, 33. *Nurse Educ Today*; 2013. p. 1258-63.
7. European Resuscitation Council. Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). *Resuscitation*. 2015:101.
8. Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida. BOPV núm. 134, de 14/07/2016.
9. Santos González G, Jiménez Tomás R, Sánchez Etzaniz J. Presencia de familiares en los procedimientos realizados en urgencias de pediatría: opinión de la familia y de los profesionales. *Emergencias*. 2010;22:175-80.
10. De la Flor Magdaleno B, Castelo Tarrio I, Andetxaga Vivanco I, Peláez Corres N, Gil Martín F, Aguirre Goitia A. Presencia familiar durante las maniobras de reanimación cardiopulmonar: estudio en el ámbito extrahospitalario de la Comunidad Autónoma Vasca. *Emergencias*. 2006;18:135-43.
11. Neergaard M, Olesen F, Andersen R, Sondergaard J. Qualitative description - The poor cousin of health research? *BMC Med Res Methodol*. 2009;9:52-6.
12. Pedraz Marcos A, Zarco Colón J, Ramasco Gutierrez M, Palmar Santos A. Investigación cualitativa (Colección Cuidados de Salud Avanzados). Barcelona: Elsevier; 2014.
13. Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Publica*. 2002;76:423-36.
14. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3:77-101.
15. McClement SE, Fallis WM, Pereira A. Family presence during resuscitation: Canadian critical care nurses' perspectives. *J Nurs Scholarsh*. 2009;41:233-40.
16. De Stefano C, Normand D, Jabre P, Azoulay E, Kentish-Barnes N, Lapostolle F, et al. Family presence during resuscitation: A qualitative analysis from a national multicenter randomized clinical trial. *PLoS One*. 2016;11:e0156100.
17. Giles T, de Lacey S, Muir-Cochrane E. Factors influencing decision-making around family presence during resuscitation: A grounded theory study. *J Adv Nurs*. 2016;72:2706-17.
18. Fulbrook P, Latour J, Albarran J, de Graaf W, Lynch F, Devictor D, et al. The presence of family members during cardiopulmonary resuscitation: European federation of Critical Care Nursing associations, European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care and European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions Joint Position Statement. *World Crit Care Nurs*. 2007;5:86-8.
19. Leske JS, McAndrew NS, Brasel KJ. Experiences of families when present during resuscitation in the emergency department after trauma. *J Trauma Nurs*. 2013;20:77-85.
20. Mortelmans LJ, Cas WM, van Hellemond PL, de Cauwer HG. Should relatives witness resuscitation in the emergency department? The point of view of the Belgian Emergency Department staff. *Eur J Emerg Med*. 2009;16:87-91.
21. Porter JE, Cooper SJ, Sellick K. Family presence during resuscitation (FPDR): Perceived benefits, barriers and enablers to implementation and practice. *Int Emerg Nurs*. 2014;22:69-74.
22. Hanson C, Straw D. Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Foote Hospital Emergency department's nine-year perspective. *J Emerg Nurs*. 1992;18:104-6.
23. Enriquez D, Mastandueno R, Flichtentrei D, Szyld E. Relatives' presence during cardiopulmonary resuscitation. *Glob Heart*. 2017;12:335-40.e1.
24. Dall'Orso S, Jara Concha P. Presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar: la mirada de enfermeros y familiares. *Cienc Enferm*. 2012;18:83-99.
25. Mitchell MH, Lynch MB. Should relatives be allowed in the resuscitation room? *J Accid Emerg Med*. 1997;14:366-9.
26. Forman E, Ladd R. Why not a slow code? *Virtual Mentor*. 2012;14:759-62.
27. Ladd R, Forman E. Why not a transparent slow code? *Am J Bioeth*. 2011;11:27-9.
28. Sanjorge Carretero P, Gismero González E, directores. Las actitudes de los profesionales sanitarios ante la muerte y hacia la presencia de familiares durante las maniobras de reanimación cardiopulmonar en la emergencia extrahospitalaria. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2015.[citado 6 Mar 2017].
29. Parsons T. El sistema social. 1.^a ed. Madrid: Alianza Editorial; 1999.
30. Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm*. 2007;20:499-503.
31. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(8):1953-7.
32. Chocarro González L, González Fernández R, Salvadores Fuentes P, Venturini Medina C. Negación de la muerte y su repercusión en los cuidados. *Med Paliativa*. 2012;19:148-54.
33. Liaschenko J. The moral geography of home care. *ANS Adv Nurs Sci*. 1994;17:16-26.
34. Peter E. The history of nursing in the home: Revealing the significance of place in the expression of moral agency. *Nurs Inq*. 2002;9:65-72.
35. Flores-Pons G, Íñiguez-Rueda L. La biomedicalización de la muerte: una revisión. *An Psicol*. 2012;28:929-38.
36. Duran CR, Oman KS, Abel JJ, Koziel VM, Szymanski D. Attitudes toward and beliefs about family presence: A survey of health-care providers, patients' families, and patients. *Am J Crit Care*. 2007;16:270-9.
37. Ferrara G, Ramponi D, Cline TW. Evaluation of physicians' and nurses' knowledge, attitudes, and compliance with family presence during resuscitation in an emergency department setting after an educational intervention. *Adv Emerg Nurs J*. 2016;38:32-42.
38. Martínez Moreno C, Cordero Castro C, Palacios Cuesta A, Blázquez Gamero D, Marín Ferrer MM. Presencia de los familiares durante la realización de procedimientos invasivos. *An Pediatr*. 2012;77:28-36.
39. Achury D, Achury L. Presencia de la familia en la reanimación cerebrocardiopulmonar. *Enferm Cardiol*. 2010;50:52-6.